

# Naar duurzaam herstel

## Is De Skuul richtinggevend voor de verslavingszorg?

*Martinus Stollenga, Gert de Haan en Joke de Goede\**

De economische crisis noopt tot een andere inrichting van de zorg. In de verslavingszorg vormt het herstelconcept een goede leidraad voor ingrijpende veranderingen. Het concept zal de negatieve effecten van de transitie verminderen en de voordelen versterken. Het doorontwikkelen van herstelondersteunend werken vormt een van de centrale opdrachten in de nieuwe sectorale visie. Sinds 1978 vormt herstel het uitgangspunt van de werkwijze van De Skuul te Den Hoorn (Texel). Cliënten hebben de regie en ontwikkelen al gaande manieren om problemen zelf op te lossen, al dan niet met behulp van hun eigen sociale netwerk en minimale hulp van professionals. Zo draagt deze aanpak bij aan een duurzame oplossing voor hun problematiek. Deze praktijk wordt in dit artikel uitgebreid beschreven en vormt de basis voor aanbevelingen aan andere instellingen voor verslavingszorg. In 2006 benoemde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ongebruikte hulpbronnen als eigen kracht en die van de omgeving voor het ontwikkelen van duurzame oplossingen en het aangaan van een leer- en ontwikkelproces in de Nederlandse zorg. Zoals in elk leerproces zullen er onverwachte hobbels en valkuilen optreden afgewisseld met onvermoede hoogtepunten, net als in het herstelproces van de cliënten. Door cocreatie kan een ontwikkeling worden ingezet die leidt naar vraaggestuurde zorg in optima forma.

\* Drs. M.F. Stollenga is eigenaar van De Bijdrage te Groningen. E-mail: [stollenga@debijdrage.nl](mailto:stollenga@debijdrage.nl).

G. de Haan is trainer/adviseur in herstelvraagstukken, toezichthouder in de zorg (o.a. De Skuul) en facilitator bij kennisnetwerk het Zwarte Gat.

S.J. de Goede is bestuurder/begeleider bij stichting De Skuul te Den Hoorn (Texel).

## Inleiding

Bij een krimpende beroepsbevolking en een toenemende zorgvraag zijn ingrijpende keuzen onontkoombaar. In het kort is dit de samenvatting van het rapport *Arbeidsmarkt en zorgvraag* dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in 2006 uitbracht (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006). De RVZ stelt voor de zorgvraag te verminderen door de zorg meer te richten op zelfmanagement en het gebruik van ICT. Dit biedt enerzijds de gelegenheid om bedreigingen (afnemend draagvlak door oplopende kosten) te pareren en anderzijds kansen (ontwikkelen vraaggestuurde zorg) te verwezenlijken. Kwaliteitsverbetering en betaalbaarheid vormen de grootste uitdagingen voor de ggz en verslavingszorg. Het rapport sluit aan op brede maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij (groepen) burgers meer zaken zelf regelen en zich minder afhankelijk maken van de overheid. Gemeenten gaan in de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gedecentraliseerd een deel van de zorg op zich nemen.

De heersende opinie in de cliëntenbeweging is tevens dat de menselijke maat verloren is gegaan door de ver doorgevoerde zakelijkheid, tot uitdrukking komend in het denken in producten in plaats van diensten en in de zorgfragmentering. De veelal gereserveerde en hospitaliserende opstelling naar cliënten moet omgebogen worden naar meer cliëntgerichte en vraaggestuurde zorg. In 2012 ondertekenden kabinet, GGZ Nederland en LPGGZ een bestuurlijk akkoord, waarin de in 2006 aanbevolen maatregelen met betrekking tot zelfmanagement en e-health worden uitgewerkt als middel om de groei van de zorgkosten te beperken (GGZ Nederland, 2012). Dit vormt in zekere zin ook een vervolg op 'Herstel en burgerschap', een project van GGZ Nederland (2009).

Herstelondersteunende zorg staat voorts centraal in de herijkte visie van de verslavingszorg (GGZ Nederland, 2013). Het herstelconcept, gericht op het vergroten van ieders eigen responsieve (zelfoplossende) vermogen, biedt daarvoor uitstekende mogelijkheden. Het responsieve vermogen staat voor duurzame oplossingen; het brengt tot uitdrukking dat iemand in staat is zelf problemen op te lossen, zonder de klassieke, op een expertrol geschoeide, professionele hulp; het vermogen tot zelfmanagement is dan blijvend toegenomen. Van der Stel, een van de belangrijke Nederlandse pleitbezorgers van het herstelconcept, heeft het uitgebreid beschreven en gedocumenteerd (Van der Stel, 2012).

## PARADIGMAVERSCHUIVING

De raden van bestuur en cliëntenraden in de verslavingszorg hebben elkaar in het Handvest van Maastricht (het Zwarte Gat, 2010) verplicht tot het invoeren van herstelondersteunende zorg. In 2012 heeft het Zwarte Gat de sector daartoe nogmaals opgeroepen (Oude Bos & Schippers, 2012). De Amerikaanse Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) definieert herstel ofwel 'mental health recovery' als een veranderingsproces waarin mensen hun gezondheid en welzijn verbeteren, een zelfsturend leven leiden en ernaar streven hun volledige capaciteit te gebruiken (voor een uitgewerkte beschrijving zie [www.samhsa.gov/news/newsreleases/o60215\\_consumer.htm](http://www.samhsa.gov/news/newsreleases/o60215_consumer.htm)). De in 2010 aangevane verplichting, nog eens bevestigd in het recentelijk verschenen visiedocument, brengt in de verslavingszorg een paradigmaverschuiving met zich mee. Aspecten zijn onder meer:

- het accent wordt verlegd van het probleem van de cliënt naar het benutten van diens mogelijkheden;
- cliënt wordt gestimuleerd het herstelproces in te gaan en te vervolgen door het creëren van hoop en zingeving;
- cliënt neemt zelf de regie, in plaats van zich te onderwerpen aan de huidige, veelal gereserveerde en hospitaliserende, opstelling in de zorg;
- gebruik van ervaringskennis maakt onlosmakelijk deel uit van het herstelconcept;
- uitkomsten van kwalitatief hoogwaardige zorg tonen zich ook in de resultaten op de terreinen wonen, werken en welzijn (Kwaliteitswet, 1996; Haan & Oude Bos, 2011).

Zo ontstaat vraagsturing in optima forma, ontsnappend aan de beheers- en controledwang van de systeemwereld (Barendrecht e.a., 2013) en verbinding zoekend met de leefwereld van cliënten, waarin pluralisme, samenwerking en contextuele invloeden domineren. Als de zorg daadwerkelijk wordt afgestemd op de dagelijkse werkelijkheid van de cliënt, is het organiseren van informele zorg, door het Sociaal en Cultureel Planbureau (2013) gedefinieerd als mantelzorg en vrijwilligerswerk, in de nieuwe (zorg)arrangementen een must. Het professionele monopolie op het oplossen van problemen wordt op een responsieve wijze omgezet in een constellatie waarbij professionals zich in de leefwereld van cliënten gaan bewegen en cliënten met hun netwerk op hun (sociale) veerkracht worden aangesproken om zelf oplossingen vorm te geven (Van der Lans, 2013). Langs deze lijnen doemt

een nieuw paradigma op voor de sector. Door gebruik te maken van de eigen kracht van de cliënt en diens omgeving, passend in nieuwe arrangementen, kunnen bovendien de zorgkosten worden beperkt.

#### LEEFWERELD CLIËNT CENTRAAL

In herstelondersteunende zorg staat het unieke herstelproces van de cliënt centraal (het Zwarte Gat, 2010): de cliënt is regisseur en de zorgverlener deskundige en betrokken coach. Die omslag vereist dat de professionals in het primaire proces veel regelruimte krijgen (Nonaka & Takeuchi, 1999). Werkwijzen waarin twijfel, ambiguïteit en intuïtie een plaats hebben, vullen de huidige (tamelijk rationalistische) 'evidence-based' benaderingen aan. Afstemming op de dagelijkse werkelijkheid (leefwereld) van de cliënt vereist dat formele en informele zorg vloeiend in elkaar overlopen en elkaar versterken. Veerkrachtige netwerken zijn hiervoor de meest geschikte vorm, als gevolg van de decentralisatie van zorgfuncties volgens de Wmo.

Hoe in een lerende en zelfsturende organisatie jarenlang ervaring is opgedaan met de ontwikkeling van herstelondersteunende zorg in een 'klinische' setting, wordt hierna beschreven.

#### **Uitgangspunten en werkwijze De Skuul**

In de Nieuwe Skuul te Den Hoorn (Texel) staat het aansluiten bij de leefwereld van en de regie door de cliënt centraal. Bij de start in 1978 was het principe eenvoudig: zet een aantal mensen met alcoholproblemen bij elkaar in een huis en laat ze een eigen huishouding voeren. Al snel bleek dat dit een effectieve manier is voor beter functioneren en voorbereiding op terugkeer in het maatschappelijk leven. De continu evoluerende aanpak is gebaseerd op zelfregie, een groepsdynamische en systemische aanpak in een veilige omgeving, maar deze stuurt bovenal steeds naar de 'hitte', dat wil zeggen, men legt consequent de verantwoordelijkheid waar die hoort. Er wordt geen verantwoordelijkheid, van de hitte af, door professionals overgenomen.

Deze manier van werken mondt uit in het weer meer grip krijgen op het eigen leven, door de eigen verslaving en de daarmee gepaard gaande (levens)problemen een betekenisvolle plek te geven, het werken aan realistische en concrete doelen, en door zingeving. Dat lukt niet enkel op rationele gronden, maar vindt vaak plaats langs intuïtieve, grillige en onvoorspelbare (leer)wegen. Als drivers fungeren empowerment en zelfmanagement. Direct bij aanvang van ieders behandeling wordt begonnen met het verwerven en onderhouden van zaken als huisvesting, werk, inkomen, zingeving, veiligheid en opleiding; dit om het 'zwarte gat' na afloop te omzeilen.

## HANDELINGSKENNIS EN ONTSTANE CULTUUR

De Skuul heeft veel handelingskennis opgedaan over herstelondersteunende zorg, vooral wat betreft het bevorderen van zelfmanagement (zie hierna). Er is een vraaggestuurde procesaanpak gegroeid. De individuele cliënt weet zijn wensen steeds beter uit te drukken en kan oplossingen zelf vormgeven door in een veranderende houding naar een zelfsturend bestaan toe te werken, waarin hij zijn volledige capaciteiten aanboort. Kenmerkend voor de ontstane cultuur in De Skuul zijn het samen doen, kennis delen, kleinschaligheid, zelf doen en verantwoordelijkheid nemen, veiligheid en het tegengaan van hospitaliserende krachten door passiviteit, afhankelijkheid en onderdanigheid niet te accepteren. En wederkerigheid als vorm van solidariteit tussen professional en cliënt.

## RUIMTE VOOR GEÏNTEGREERDE HERSTELONDERSTEUNENDE AANPAK

In het samenspel tussen professionals en cliënten zit de kracht van het programma van De Skuul. Door de herstelondersteunende geïntegreerde aanpak, in de vorm van robuuste herstelpaden, wordt ruimte gemaakt voor het tot uitdrukking brengen van de eigen wensen en het vormgeven aan de eigen oplossingen van de cliënt. Een aantal aspecten speelt hierbij een rol. De Skuul gaat ervan uit dat verslavingsgedrag een inadequate omgang is met emoties en gevoelens, met vaak desastreuze gevolgen voor levensterreinen als werk, wonen en sociaal netwerk. Stoppen met het gebruik is een voorwaarde voor deelname aan het programma. Gesteund door de overtuiging dat iedere mens de neiging tot groei en genezing (heel worden) in zich bergt, uitmondend in een persoon die zichzelf versterkt, zelfsturend is en toememende responsieve vermogens bezit. Nog een aspect is het verruimen van de belangstelling die vaak zeer eenzijdig gericht is. Dit vormt de aanzet voor een zinvolle tijdsbesteding, op basis van zelfgenomen initiatief, als opmaat van de ontwikkeling van nieuwe of andere zinvolle sociale rollen. Het is een belangrijk en nooit eindigend leerproces met zeer verschillend verloop, dat zich richt op wat wél kan in plaats van wat niet kan; op gezondheid in plaats van ziekte. Het zelfsturende karakter confronteert cliënten vaak met oude denk- en handelingspatronen. Dit vormt het werkmateriaal voor het herstelproces, zowel individueel als in groepsverband.

#### TERUGKEER

Vanaf de intake is de geïntegreerde aanpak gericht op terugkeer naar de eigen woonomgeving. Het verblijf varieert van tweeëneenhalf tot vier maanden. Een cliënt:

Ik ben verder van mijn thuissituatie opgenomen dan ooit, maar toch benadert deze vorm mijn thuissituatie en omgeving veel meer dan de kliniek om de hoek.

Het initiatief om de stap naar de maatschappelijke realiteit te maken, ligt bij de cliënt zelf. De betrokkenheid van het thuisfront maakt de overgang naar de thuissituatie minder abrupt. Populair zijn de terugkomdagen (eenmaal per zes weken). Oud-bewoners kunnen bovendien naar behoefte opbellen, langskomen of een aantal dagen logeren. De verdere uitbouw van herstelpaden en het verbinden met informele zorg na het verblijf op Texel houdt ook voor De Skuul een forse opgave in voor de toekomst.

#### **Behandeling, zelfhulp en inzet ervaringskennis**

In deze paragraaf zoomen we nader in op de onderscheiden werkwijzen.

#### FAMILIECONCEPT

Het familieconcept is de basis waarop menselijke relaties geoefend kunnen worden. Het creëren en ervaren van veiligheid is dé voorwaarde om met gedrag en het tonen van emoties te experimenteren, zonder verlies van persoonlijke bevestiging. Dit fungeert als aanzet voor het ontwikkelen van nieuwe maatschappelijke en persoonlijke rollen. Aanvullend wordt, zowel op groeps- als individueel niveau, door de professionals gebruik gemaakt van diverse methoden, zoals cognitieve gedragstherapie, principes van zelfhulp, ervaringsgericht leren en psychosociale therapie (Kempler). Ook wordt een zelfontwikkeld programma gebruikt dat als basis dient bij de psycho-educatie.

#### BETROKKENHEID FAMILIE

Kinderen, partners, ouders en/of andere naasten worden bij de behandeling betrokken, vaak via systeemgesprekken. Ze zijn in het herstelproces van cruciaal belang. Familie kan ook een aantal dagen in De Skuul verblijven en met het programma meedraaien. Hierdoor ontstaat meer wederzijds begrip, kunnen ervaren pijn en teleurstellingen worden verwerkt en gaat men onder begeleiding aan de slag met het

erbeteren van de verschillende relaties. Dit zijn noodzakelijke condities voor een vanzelfsprekende overgang naar het eigen sociale netwerk.

**ZELFHULP, ZELFMANAGEMENT EN ERVARINGSDESKUNDIGHEID**  
In elkaar gestorte levens, destructieve leefstijlen, lichamelijke problemen en problemen op het terrein van zingeving vallen in hun onderlinge samenhang niet of nauwelijks alleen met professionele interventies ten goede te keren. Complementair hieraan zijn noodzakelijkerwijs zelfmanagement<sup>1</sup> en zelfhulp<sup>2</sup>, gevoed door de inbreng van een ervaringsdeskundige. Hij zorgt namelijk, door zijn kennis van de aanpak, snel voor onderling begrip en verbinding. Dit biedt hoop, door het tonen van 'succes'. De ervaringsdeskundige fungeert als een onmisbare brug tussen de leefwereld van de cliënt en de systeemwereld van de zorg.

Concreet geeft de realistische setting - zelf een huishouding en bijbehorend werk runnen - voldoende basis om op eigen kracht en in onderlinge afstemming zelfhulp- en zelfmanagementideologie inhoud te geven. Het doel is bereikt als mensen het leven weer op zich af durven laten komen zoals het is. Dat is immers wat die cliënten nodig hebben voor de verdere ontwikkeling tot feilbare, actief lerende en 'empowerde' mensen.

Enkele oud-bewoners vertellen hierover:

Dat ik met mijn problemen terecht kon. Dat ik op dingen werd gewezen. Dat mijn zelfvertrouwen is opgekrakt. De hele behandeling was op zelfhulp gericht en ik ben er nog steeds mee bezig. Dat was prettig.

Het onderliggende leefprobleem is aangepakt door een zelfhulpprogramma, waardoor je je eigen problemen aanpakt. Met bewustwording van wat alcohol met je doet. Dat je emotionele ontwikkeling stilstaat. Het leren omgaan met emoties als je nuchter bent.

- 1 Zelfmanagement is omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en psychosociale consequenties van de chronische aandoening en/of de omgang met risicofactoren en aanpassing in leefstijl. Het is effectief wanneer iemand de eigen gezondheidstoestand monitort en cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties vertoont die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven.
- 2 Zelfhulp is een vorm van hulpverlening die zich baseert op het uitgangspunt dat mensen in staat zijn zichzelf en elkaar te helpen door bewustwording, uitwisseling van gelijksoortige ervaringen en het ondernemen van actie.

## COCREATIE

Een cocreative<sup>3</sup> opzet, waarin alle betrokkenen een gelijkwaardige invloed hebben op het herstelproces, vereist dat werkwijzen gebaseerd op ervaringskennis en professionele kennis (aangevuld met wetenschappelijke) bewust worden ingezet. Voor de professional betekent dit bijvoorbeeld het ‘met de handen op de rug’ stimuleren van een leefgroep vraagstukken zelf op te lossen. De verantwoordelijkheid wordt steeds teruggestuurd naar waar hij thuishoort. Uit ervaring blijkt dit de meest complexe competentie, die slechts in de praktijk kan worden geleerd. Want de vereiste attitude van deze competentie berust op kwetsbaarheid. Levinas zegt hierover: ‘De relatie tot de ander berust niet in de eerste plaats op kracht, een stevige identiteit of veel kennis, maar op kwetsbaarheid. Wanneer ik mijn kwetsbaarheid tot de ander verberg, kan een betekenisvolle relatie met de ander moeilijk tot stand komen. Tevens móet ik wel ook naar mijzelf kijken, om in de te ontwikkelen relatie de ander in zijn vrijheid te laten’ (Levinas, 2000). Een must voor cliënten is de competentie om, door reflectie in de interactie met de anderen, (weer) verantwoordelijkheid te leren nemen voor de inrichting van het eigen bestaan. Deze competenties zorgen voor de noodzakelijke verbreding en verdieping in een gezamenlijk leerproces. Professionals leren zo ook in cocreatie met bewoners op een dieper dan puur cognitief niveau actief aan de zijlijn te staan (Haan & Oude Bos e.a., 2011).<sup>4</sup>

Cliënten zeggen hierover:

Het vrijlaten in de behandeling. De handvatten die gegeven zijn, maar zonder dat het strak geregisseerd is. Je kunt van alles zelf oplossen, met een klein beetje sturing.

Het verwerken van dingen die er gebeurd zijn. Niet langer als slachtoffer leven, maar vooruit kijken.

- 3 Cocreatie betreft samenwerkingsvormen die innovatief werkzaam zijn, op individueel, groeps- en samenlevingsniveau, terwil alle deelnemers zowel op het proces als op het resultaat ervan invloed hebben. Kenmerkend voor cocreatief werken zijn het aanboren van responsief vermogen, het nemen van verantwoordelijkheden, daadkracht, enthousiasme en focus op het resultaat.
- 4 Therapeutisch gezien gaat het hierbij om een stroming die sterk opkomt op basis van moderne leertheorieën (sociaal-constructivistische, narratieve en dialogische vormen), met een sterke nadruk op zelfsturing van de cliënt en de coachende rol van de professionals. Cliënten hebben de regie over, maar ook de verantwoordelijkheid voor, hun eigen leven.



## DOORSTART EN TOEKOMST

Eigenaar Arkin besloot eind 2011 De Nieuwe Skuul te sluiten. Een projectgroep bestaande uit medewerkers, een oud-bewoner en externe deskundigen (een aantal daarvan is verbonden met het Zwarte Gat en een zelfhulpgroep) slaagde er echter in de kliniek voort te zetten. In plaats van een klinische behandelsetting werd De Nieuwe Skuul een woon-werkgemeenschap met een intensieve behandeling op een ambulante financieringsgrondslag.<sup>5</sup>

In oktober 2012 werden de eerste bewoners welkom geheten door Stichting De Skuul, herstelondersteunende verslavingszorg. Het in stand gehouden netwerk van verwijzers zorgde binnen twee maanden weer voor een volledige bezetting. De Skuul voorziet duidelijk in een behoefte voor ernstig alcoholverslaafde mensen. De Skuul zal zich, in samenwerking met hogescholen, doorontwikkelen tot een centrum voor praktijkontwikkeling en -leren voor herstelondersteunende zorg.

### Richting herstelondersteunende verslavingszorg

Aan de hand van de werkwijze en filosofie van De Skuul en ervaringskennis uit de cliëntenbeweging richten we ons nu op een aantal componenten die richting kunnen geven aan de invoering van herstelondersteunende zorg in de Nederlandse verslavingszorg. Welke bijdrage kan herstelondersteunende zorg, gericht op het vergroten van zelfmanagement, leveren aan het grote duurzaamheidsvraagstuk?<sup>6</sup> Welke mechanismen bieden uitzicht op effectieve en cliëntgerichte zorgvormen? De invoering van herstel is geen eenvoudige klus: complex en weerbarstig. Het is een transitie die niet lineair maar schoksgewijs en afwisselend geordend en chaotisch kan verlopen (Rotmans, 2012).

5 In tegenstelling tot een klinische behandeling is er een scheiding tussen wonen (waarvoor de cliënten een eigen bijdrage betalen) en behandeling. De kosten zijn hierdoor lager, maar ook doordat er in tegenstelling tot een kliniek geen stafbezetting is buiten de kantooruren. Dat past bij de uitgangspunten van De Skuul, waarin de cliënten zelf verantwoordelijk zijn voor het gezamenlijke wonen.

6 De United Nations Conference on Sustainable Development (2011) definieert dit als volgt: 'Duurzame ontwikkeling legt de nadruk op beleid dat uitgaat van een holistische, eerlijke, onpartijdige, en toekomstgerichte benadering op alle besluitvormingsniveaus. Het gaat niet enkel en alleen om sterke economische prestaties, maar ook om solidariteit tussen generaties nu en met volgende generaties. Geïntegreerde en evenwichtige afwegingen van sociale, economische en milieudoelstellingen rond zowel het private als publieke domein liggen hieraan ten grondslag (United Nations Conference on Sustainability Development, 2011).'

**Tabel 1. Enkel-, dubbel- en drieslagleren (Wierdsma, 2006).**

	<b>Domein</b>	<b>Categorie</b>	<b>Resultaat</b>
Enkelslagleren	regels	mogen/moeten	verbetering
Dubbelslagleren	inzichten	weten/begrijpen	verandering
Drieslagleren	principes	durven/willen en zijn	ontwikkeling

De sector heeft in haar nieuwe beleidsvisie (GGZ Nederland, 2013) herstel tot ontwikkelperspectief bestempeld. Realisering van deze visie impliceert een zogenaamd drieslagleerproces, voor professionals, voor beleidsmakers en hun organisaties, en voor cliënten. Drieslagleren (zie tabel 1) richt zich op het werken volgens nieuwe principes, op ontwikkeling en innovatie; enkelslag- en dubbelslagleren, gericht op veel minder ingrijpende leerprocessen, volstaan hierbij niet meer (Wierdsma & Swieringa, 2011). Als men dezelfde dingen steeds slimmer en efficiënter probeert te doen met het nodige inzicht, verandert er immers niets aan de weeffouten.

Dat betekent dat er ruimte moet komen voor leren en innoveren.

Ruimte waarin de weeffouten die verknoopt zijn met het sturen op abstinentie als zorguitkomst al werkend worden ontrafeld en verwijderd. Met voldoende aandacht voor alle andere aspecten van de cliënt als handelend subject met een eigen veranderpotentie, weerbaarheid en zelfsturend vermogen. Het eerste doorkijkje dat we naar een duurzame verslavingszorg schetsen, is de wens vanuit de cliëntenbeweging nieuwe (zorg)uitkomsten te formuleren. Deze uitkomsten zijn gestoeld op herstelprincipes, ter bevordering van duurzame aanpakken en ter voorkoming van recidive.

Om de uitkomstmaten te kunnen formuleren, citeren we Slade (2009) die vier herstelondersteunende zorgtaken heeft beschreven:

- positieve identiteit ontwikkelen;
- ‘framing’ ofwel het inlijsten van of een betekenisvolle plaats geven aan de verslaving of het psychiatrisch probleem;
- responsief vermogen (weer) ontwikkelen, evenals zelfmanagement van symptomen en aandoening door empowerment;
- verwerven van vroegere, nieuwe of veranderde waardevolle sociale rollen.

Het tweede vergezicht ontvouwt zich door (voor deze vier taken) passende werkwijzen te ontwikkelen, in een open innovatieproces door cocreatie. Cocreatie is een vrij nieuwe manier om een impuls te geven aan innovatie (Wierdsma, 2006), waarbij de inzet van cliënten is geborgd. Samen kunnen instellingen en cliënten nieuwe werkwijzen

ontwikkelen, die passen bij de snel veranderende omstandigheden. Centraal staat de fundamentele overgang van uitsluitend op regels gebaseerd naar vraaggericht werken, afgestemd op de (leef)context van de cliënt. Daarbij worden rationele (op 'evidence' gebaseerde) overwegingen gecombineerd met het creëren van hoop en zingeving, intuïtie en onzekerheid in het primaire proces. Dit is een vorm van pragmatisme die ook in de werkorganisatie zijn weerslag moet vinden.

De sector kan een vergelijkbaar pad opgaan als De Skuul de afgelopen 35 jaar, met als kompas de voortdurende afstemming van de zorg op de leefwereld van de cliënt. Een eerste initiatief hiertoe is door kennisnetwerk het Zwarte Gat reeds genomen, in samenwerking met productiebureau BOOZ: een coachingpakket, met de sector te ontwikkelen, op basis van filmmateriaal uit de herstelpraktijk.

Een derde component is dat cliënten zelf bepalen welke betekenis ze aan hun problemen geven, hoe ze met die problemen omgaan, hoe ze hun leven weer willen opbouwen en welke hulp ze daarbij nodig hebben. Ofwel: vraagsturing in optima forma. Het ontwikkelprogramma van het IVO-onderzoek (zie het artikel van Barendregt e.a. in dit nummer) kan als leidraad dienen. Zingevingsvraagstukken kunnen niet uit de weg worden gegaan, maar zullen juist actief aan de orde komen.

Dit vanuit de opvatting dat er een sterke wisselwerking bestaat tussen 'what makes you tick' en hoe iemand de wereld ervaart. Ook zal ervaringskennis meer benut moeten worden. Deze bevordert immers de aansluiting op de leef- en denkwereld van de cliënten en biedt hen hoop op een mooi resultaat. In de uitvoering van de Zorgverzekeringswet zou voor de inzet van ervaringsdeskundigen meer (financiële) ruimte gemaakt moeten worden.

Op strategisch, operationeel en tactisch niveau betekent het ontwikkelen van herstelondersteunende zorg op basis van de nieuw herijkte visie van de sector een zeer omvangrijke opdracht voor de instellingen en diverse stakeholders. Maar, en dat willen we hier nogmaals benadrukken, ook voor betrokken (ex-)cliënten. De focus moet verlegd worden naar de aanpak van problemen op alle leefgebieden, het vormgeven van eigen herstel en zinvolle sociale rollen; leunend op regie en veerkracht van cliënten zelf en gelijkwaardigheid in de (herstelondersteunings)relatie. Het ontwikkelen van zo'n nieuwe werkwijze gedijt het best als meerstemmigheid, dialoog en participatie de kernwaarden vormen en als ambiguïteit - 'al wandelend maakt men het pad' - wordt geaccepteerd en dient als uitgangspunt voor een gezamenlijk leerproces tussen actoren.

Deze leerprocessen in cocreatie (Wierdsma, 2006; Politiek & Hoogendijk, 2013), pretenderen niet om finale antwoorden te geven. Wel om een diepgaand inzicht te verwerven in de beleefde ervaringen, als een professionele vorm van ervaringskennis. Die levert kennis op waardoor cliënten met eigen regie en met behulp van 'shared decision' hun eigen weg in hun eigen context creëren. Langs zo'n route kan adequate, efficiënte duurzame verslavingszorg tot stand komen. De sector, de afzonderlijke instellingen en hun belangrijkste (maatschappelijke) partners, de medewerkers en de cliënten - zij allen gaan een pad op, dat mooi wordt verwoord in het volgende gedicht (Machado, 2006).

*Wandelaar, de afdruk van je voet  
Is het pad en niets anders.  
Wandelaar er is geen pad,  
Jij maakt het wanneer je wandelt.  
Al wandelende maakt men het pad  
En wanneer men omkijkt  
Dan ziet men het pad dat niemand  
Nog zal volgen.  
Wandelaar er is geen pad, tenzij  
De rimpelingen op het water.*

## Summary

### Achieving sustainable recovery

Martinus Stollenga, Gert de Haan and Joke de Goede

Due to the economic crisis the Dutch health care system needs to be redesigned. Specifically in the Dutch addiction care the recovery concept provides the vision to implement this major change. The concept will reduce the negative impact and foster the benefits of this far reaching transition. Continuous development of recovery based practice constitutes one of the main targets in the new direction of addiction care. Since 1978 professionals in the Skuul organisation on the Dutch isle of Texel have been working according to the recovery concept. Clients have control; developing manners to deal with their problems; whether or not using their existing social networks or minimal professional support. The approach contributes to a sustainable solution of their problems. This practice is described in this article. It is the basis for the recommendations to addic-

tion care institutions. In 2006 the National Health Care Advisory Board (RVZ) directed the application of unused resources, like personal strenghts and social networks, in the creation of sustainable solutions in Dutch health care system. As in every learning process unexpected bumps and pot-holes will emerge alternated with unsuspected climaxes. Co-creation results in the development of optimal demand based health care.

## Literatuur

- Barendregt, C., Wits, E., Haan, G. de, Schippers, R. & Duin, L. van (2013). *Liggen we op koers? Herstelondersteunende verslavingszorg en inzet van ervaringskennis in vier praktijkvoorbeelden*. Rotterdam: IVO.
- Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 (2012). Ondertekend 18 juni 2012. GGZ Nederland (2009). *Herstel en burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
- Haan, G. de & Oude Bos, J. (2011). *Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend; op weg naar herstelondersteunende verslavingszorg 2011-2016*. Dalfsen/Groningen: Kennisnetwerk het Zwarte Gat.
- Het Zwarte Gat (2010). *Handvest van Maastricht. Herstel als leidend principe in de verslavingszorg*. Amersfoort: Kennisnetwerk het Zwarte Gat en Netwerk Verslavingszorg (GGZ Nederland).
- Kwaliteitswet (1996). Internet: [http://wetten.overheid.nl/bwbrooo7850/geldigheidsdatum\\_01-10-2013](http://wetten.overheid.nl/bwbrooo7850/geldigheidsdatum_01-10-2013) (1 oktober 2013).
- Lans, J. van der (2013). Lezing tijdens G4-USER, 17 oktober 2013 te Amsterdam.
- Levinas, E. (2000). 'Ik en de ander' en 'Wat kenmerkt volgens Levinas de relatie tot de ander?' In C. van Unen (red.), *De professionals. Hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing* (pp. 74, 80). Delft: Eburon.
- Machado, A. (2006). Chant XXIX. In G. de Haan (red.), *Moeras of polder, wie voert de regie? Essay bij de verrijzenis van het projectennetwerk Cliëntengestuurde projecten in de verslavingszorg*. Dalfsen: eigen beheer.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1999). *De kenniscreërende onderneming. Hoe Japanse bedrijven innovatieprocessen in gang zetten*. Schiedam: Scriptum.
- Oude Bos, J. & Schippers, R. (2012). *Resultaten boeken? Verbeter het herstelklimaat! Pleidooi voor herstelondersteunend werken in de verslavingszorg*. Kennisnetwerk het Zwarte Gat.
- Politiek, C. & Hoogendijk, R. (2013). E-boek cocreatie. Internet: [www.zorginnovatieboek.nl](http://www.zorginnovatieboek.nl) (2 november 2013).
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006). *Arbeidsmarkt en zorgvraag*. Den Haag: RVZ.
- Rotmans, J. (2012). *In het oog van de vulkaan. Nederland in transitie*. Boxtel: Aeneas.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. New York: Cambridge University Press.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2013). *Informeel zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: SCP.

- Stel, J. van der (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Wassink, J.H. & Goede, S.J. de. (2012). *Ondernemingsplan 'De Nieuwe Skuul'*. Texel: De Skuul.
- Wierdsma, A. & Swieringa, J. (2011). *Lerend organiseren en veranderen, als meer van het zelfde niet helpt*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Wierdsma, A. (2006). *Cocreatie door verandering*. Delft: Eburon.